

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **I.1 Latar belakang**

Salah satu program internasional yaitu MDGs (*Millenium development goals*) dimana pada nomor ke 4 tertulis menurunkan kematian anak-anak dibawah usia lima tahun. Di Indonesia sendiri ini merupakan acuan penting dalam pembangunan sejak dari tahun 2000 sampai 2015.<sup>1</sup>

Di Indonesia, 1 dari setiap 3 anak dibawah usia lima tahun masih menderita kekurangan gizi. Kurang gizi adalah penyebab dari setengah kematian anak Indonesia. Dan bagi mereka yang dapat bertahan hidup, kekurangan gizi masih menyebabkan masalah jangka panjang seperti terhambatnya perkembangan otak, pertumbuhan fisik terganggu, peningkatan penyakit degeneratif seperti diabetes, obesitas, jantung, dan stroke.<sup>2</sup> Menurut hasil Riskedas tahun 2010 prevalensi anak balita gizi kurang sebesar 17,9% sedangkan prevalensi anak balita pendek sebesar 35,6%, prevalensi anak balita kurus adalah 13,3% dan prevalensi gizi lebih adalah 14,0%.<sup>3</sup>

Banyak faktor yang mengakibatkan terjadinya kasus kekurangan gizi. Menurut Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI), ada 3 faktor penyebab gizi buruk pada anak balita, yaitu keluarga miskin, ketidaktahuan orang tua atas pemberian gizi yang baik bagi anak, faktor penyakit bawaan pada anak seperti: jantung, TBC, HIV/AIDS, saluran pernapasan, dan diare.<sup>4</sup>

Perkembangan status gizi di Indonesia yaitu masalah status gizi yang telah dapat dikendalikan adalah kekurangan vitamin A, kekurangan akibat kurang yodium, anemia gizi anak 2-5 tahun. Kemudian masalah yang belum selesai yaitu stunting dan gizi kurang dan masalah baru yang mengancam kesehatan masyarakat yaitu gizi lebih. Masalah gizi adalah masalah keadilan karena merupakan dampak dari kegagalan seseorang untuk memenuhi haknya.<sup>5</sup>

Untuk di Bangka Belitung pada tahun 2010 jumlah status gizi anak balita yang gizi kurang 14,9%, pendek 29,9%, kurus 7,6%, gemuk 10,7%. Upaya-upaya penanggulangan masalah gizi kurang antara lain penyelengaraan posyandu, pemberian ASI eksklusif dan MP ASI.<sup>3</sup> Oleh karena itu penelitian ini bertujuan untuk mengetahui status gizi anak balita di Pangkalpinang kelurahan Semabung Lama Rw.02.

## **I.2 Rumusan Masalah**

### **I.2.1 Pernyataan Masalah**

Belum diketahuinya status gizi anak balita di Rw. 02 kelurahan Semabung Lama kecamatan Bukit Intan kota Pangkalpinang

### **I.2.2 Pertanyaan Masalah**

1. Berapa jumlah anak balita yang gizi kurang?
2. Berapa jumlah anak balita yang gizi buruk?
3. Berapa jumlah anak balita yang pendek?
4. Berapa jumlah anak balita yang sangat pendek?
5. Berapa jumlah anak balita yang kurus?
6. Berapa jumlah anak balita yang sangat kurus?
7. Berapa jumlah anak balita yang beresiko gizi lebih?
8. Berapa jumlah anak balita yang gizi lebih?
9. Berapa jumlah anak balita yang obesitas?

## **I.4 Tujuan Penelitian**

### **1.4.1. Tujuan Umum**

Diketahuinya status gizi anak balita di Pangkalpinang kecamatan Bukit Intan kelurahan Semabung Lama Rw. 02

### **1.4.2. Tujuan Khusus**

1. Diketahuinya jumlah anak balita yang gizi kurang
2. Diketahuinya jumlah anak balita yang gizi buruk
3. Diketahuinya jumlah anak balita yang pendek
4. Diketahuinya jumlah anak balita yang sangat pendek
5. Diketahuinya jumlah anak balita yang kurus
6. Diketahuinya jumlah anak balita yang sangat kurus
7. Diketahuinya jumlah anak balita yang beresiko gizi lebih
8. Diketahuinya jumlah anak balita yang gizi lebih
9. Diketahuinya jumlah anak balita yang obesitas

## **I.5 Manfaat**

### **I.5.1 Manfaat bagi peneliti :**

- Mengetahui status gizi anak balita di Rw. 02 kelurahan Semabung Lama kecamatan Bukit Intan kota Pangkalpinang
- Mendapat pengetahuan dan pengalaman dalam melaksanakan penelitian

### **I.5.2 Manfaat bagi instansi :**

- Sebagai sumber informasi yang dapat membantu dalam peningkatan pelayanan yang berhubungan dengan masalah gizi sehingga diharapkan dapat meningkatkan status gizi anak balita

### **I.5.3 Manfaat responden :**

- Mendapat informasi mengenai status gizi pada anak balita

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Penelusuran Literatur**

##### **2.1.1 Keperluan energi**

Keperluan energi didefinisikan sebagai asupan energi makanan yang dibutuhkan untuk pertumbuhan dan pemeliharaan pada orang yang ditetapkan dari usia, jenis kelamin, berat badan, tinggi badan, dan tingkat aktivitas fisik.<sup>6</sup>

##### **2.1.2 Status gizi**

Status gizi mencerminkan sejauh mana kebutuhan nutrisi fisiologis terpenuhi bagi seorang individu. Keseimbangan antara asupan gizi dan kebutuhan gizi sama. Status gizi optimal ketika nutrisi yang memadai dikonsumsi untuk mendukung tubuh kebutuhan sehari-hari, termasuk tuntutan metabolisme yang meningkat.<sup>7</sup>

##### **2.1.3 Faktor –faktor yang mempengaruhi status gizi**

Ada faktor eksternal dan internal yang mempengaruhi status gizi . Faktor eksternal yang mempengaruhi status gizi antara lain pendapatan, pendidikan, budaya. Faktor internal yang mempengaruhi status gizi antara lain usia, kondisi fisik, dan infeksi.<sup>8</sup>

##### **2.1.4 ASI**

ASI adalah makanan pilihan untuk bayi. Komposisi dirancang untuk memberikan energi yang diperlukan dan nutrisi dalam jumlah yang tepat. Ini juga berisi faktor kekebalan yang mendukung dan memperkuat sistem kekebalan yang belum matang pada bayi baru lahir dan melindungi tubuh dari infeksi. Susu juga membantu mencegah diare dan otitis media.<sup>9</sup>

### 2.1.5 Fungsi gizi

Makanan setelah dikonsumsi mengalami proses pencernaan di dalam alat pencernaan. Bahan makanan diuraikan menjadi zat gizi atau nutrien. Zat tersebut diserap melalui dinding usus dan masuk ke dalam cairan tubuh. Fungsi umum zat gizi tersebut ialah sebagai sumber energy atau tenaga, menyumbang pertumbuhan badan, memelihara jaringan tubuh, mengganti sel yang rusak atau aus, mengatur metabolisme dan mengatur keseimbangan air, mineral dan asam-basa di dalam cairan tubuh. Berperan dalam mekanisme pertahanan tubuh terhadap penyakit sebagai antibody dan antitoksin.<sup>10</sup>

### 2.1.6 Pengolongan bahan makanan berdasarkan fungsi zat gizi

Pertama zat gizi penghasil energi, ialah karbohidrat, lemak, dan protein. Zat gizi ini sebagian besar dihasilkan dari makanan pokok. Kedua, zat gizi pembangun sel, terutama diperankan protein. Oleh karena itu, bahan pangan lauk-pauk digolongkan makanan sumber zat pembangun. Ketiga, zat pengatur, termasuk di dalamnya vitamin dan mineral. Bahan pangan sumber mineral dan vitamin adalah buah dan sayur.<sup>11</sup>

### 2.1.7. Penilaian status gizi anak balita

Berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor : 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang standard antropometri penilaian status gizi anak. Menteri Kesehatan Republik Indonesia memutuskan bahwa untuk menilai status gizi anak diperlukan standard antropometri yang mengacu pada standard *World Health Organization* (WHO 2005).<sup>12</sup>

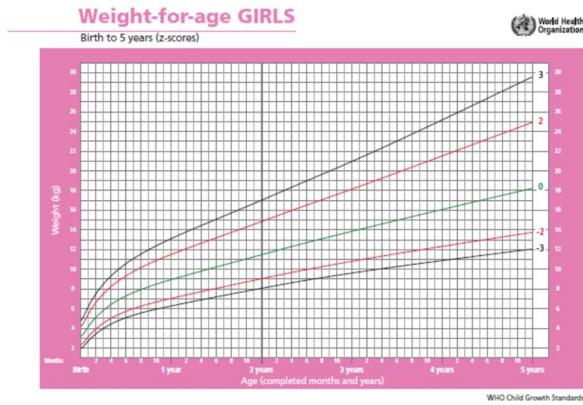
## 2.1.8 Kurva pertumbuhan WHO anak perempuan



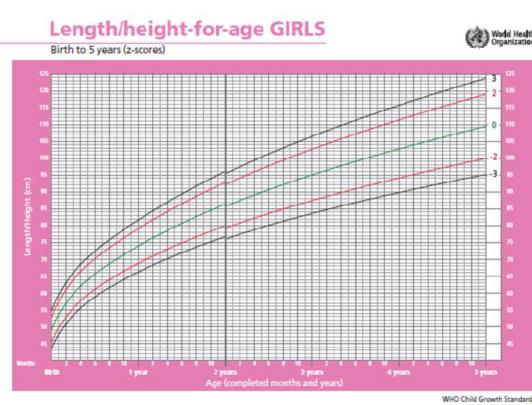
Gambar 2.1 Weightfor length girl 0-2 years



Gambar 2.2 weight for height girl 2-5 years

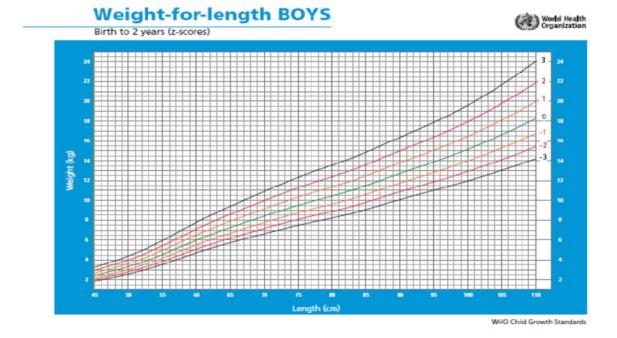


Gambar 2.3 Weight for age girl 0-5 years



Gambar 2.4 Length for age girl 0-5years

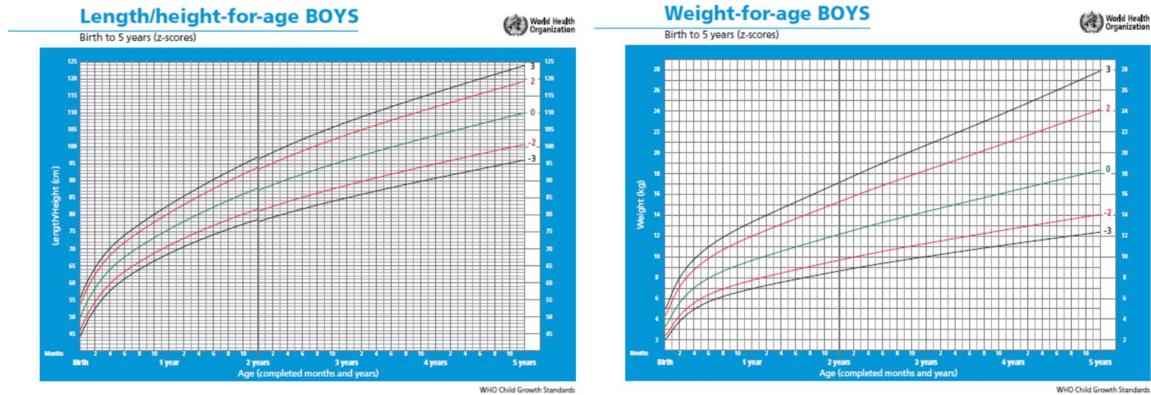
## 2.1.9 Kurva pertumbuhan WHO anak laki-laki



Gambar 2.5Weight for length boy0-2 years



Gambar 2.6 Weight for height boy2-5years



Gambar 2.7 Length for age boys 0-5 years

Gambar 2.8 Weight for age boys 0-5years

#### 2.1.10 Cara menginterpretasikan kurva pertumbuhan WHO

1. Garis 0 pada kurva pertumbuhan WHO menggambarkan median, atau rata-rata
2. Garis yang lain dinamakan garis Z-score. Pada kurva pertumbuhan WHO garis ini diberi angka positif (1, 2, 3) atau negatif (-1, -2, -3). Titik temu yang berada jauh dari garis median menggambarkan masalah pertumbuhan
3. Titik temu yang berada antara garis Z-score -2 dan -3 diartikan di bawah -2
4. Titik temu yang berada antara garis Z-score 2 dan 3 diartikan di atas 2
5. Untuk menginterpretasikan arti titik temu ini pada kurva pertumbuhan WHO dapat menggunakan tabel berikut ini:

Tabel 2.1 Indikator pertumbuhan

Z-skor	Indikator pertumbuhan			
	Panjang / tinggi terhadap umur	Berat terhadap umur	Berat terhadap panjang / tinggi	IMT terhadap umur
Di atas 3	Lihat catatan 1		Obesitas	Obesitas
Di atas 2			Overweight (Gizi Lebih)	Overweight (Gizi Lebih)
Di atas 1			Berisiko Gizi Lebih (Lihat catatan 3)	Berisiko Gizi Lebih (Lihat catatan 3)
0 (median)				
Di bawah -1				
Di bawah -2	Perawakan Pendek (Lihat catatan 4)	Gizi Kurang	Kurus	Kurus
Di bawah -3	Perawakan Sangat Pendek / Kerdil (Lihat catatan 4)	Gizi Buruk (Lihat catatan 5)	Sangat Kurus	Sangat Kurus

### **Catatan :**

1. Anak dalam kelompok ini berperawakan tubuh tinggi. Hal ini tidak masih normal. Singkirkan kelainan hormonal sebagai penyebab perawakan tinggi
2. Anak dalam kelompok ini mungkin memiliki masalah pertumbuhan tapi lebih baik jika diukur menggunakan perbandingan beratbadan terhadap panjang / tinggi atau IMT terhadap umur
3. Titik plot yang berada di atas angka 1 menunjukkan berisiko gizi lebih. Jika makin mengarah ke garis Z-skor 2 resiko gizi lebih makin meningkat
4. Mungkin untuk anak dengan perawakan pendek atau sangat pendek memiliki gizi lebih
5. Hal ini merujuk pada gizi sangat kurang dalam modul pelatihan IMCI (*Integrated Management of Childhood Illness in-service training. WHO, Geneva, 1997*)<sup>12</sup>

#### **II.1.11 Masalah gizi pada anak balita dan upaya menangulanginya**

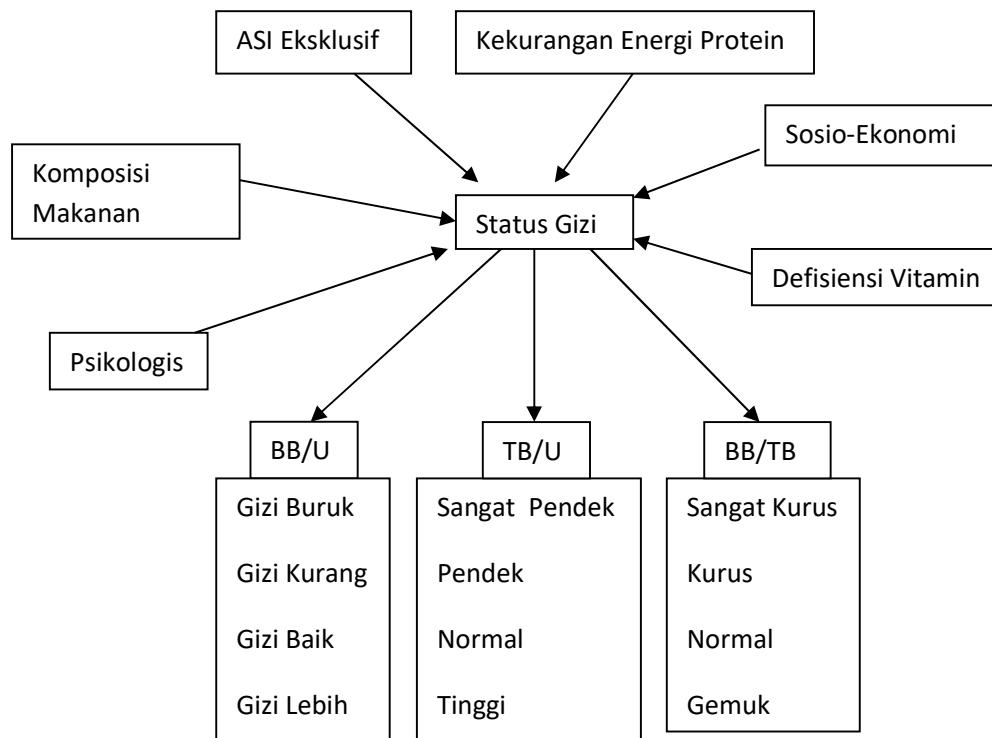
Pada masa balita merupakan puncak kejadian defisiensi vitamin A dan KEP. Hal ini disebabkan pada umumnya anak sudah mulai disapih, sedangkan makanan tambahan yang diberikan sering kurang bergizi. Selain itu pada masa ini anak sering kali sulit makan, karena anak sudah tahu rasa/ mempunyai selera sendiri terhadap makanan tertentu, sering bosan terhadap makanan yang diberikan, anak banyak bermain, atau karena faktor kejiwaan misalnya makan terlalu dipaksa, deprivasi maternal, atau adanya adik yang baru lahir. Anak umur 1-3 mempunyai resiko mengalami anemia defisiensi besi. Disebabkan oleh meningkatnya kebutuhan zat besi pada masa pertumbuhan, dan akibat dari diet anak yang tidak cukup mengandung besi. Kalsium pada periode umur ini dibutuhkan untuk mineralisasi tulang dan mempertahankan pertumbuhan tulang. Anak yang tidak minum susu mempunyai risiko defisiensi kalsium karna susu merupakan sumber kalsium. Vitamin D diperlukan untuk吸收 kalsium dan deposisi kalsium di tulang. Sumber vitamin D juga tersedia dari pengaruh sinar matahari terhadap kulit. Seng juga sangat

dibutuhkan untuk pertumbuhan. Defisiensi seng dapat mengakibatkan gagal tumbuh, penurunan napsu makan/pengecapan, dan penyembuhan luka yang lambat. Kebutuhan seng adalah 10 mg/hari, sumber seng adalah daging dan ikan laut.<sup>13</sup>

#### II.1.12 Komposisi makanan pada balita

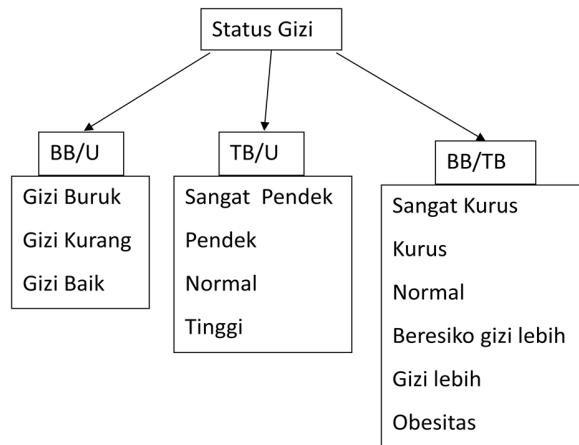
Komposisi makanan pada masa ini dianjurkan terdiri dari 50-60% karbohidrat, 25-30% lemak, dan 10-15% protein. Kebutuhan energi sangat bervariasi tergantung dari aktifitasnya. Anak laki-laki lebih aktif dari pada anak perempuan walaupun seusia, sehingga kebutuhan energi lebih banyak pada anak laki-laki. Oleh karena itu dalam menghitung kebutuhan energi pada anak normal lebih baik berdasarkan kebutuhan energi per kg BB dan jenis kelamin anak.<sup>13</sup>

## 1.2 Kerangka Teori



Gambar 2.9 Kerangka Teori

## 2.2 Kerangka Konsep



Gambar 2.10 Kerangka Konsep

## **BAB 3**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **3.1. Desain Penelitian**

Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian deskriptif dan desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah survei.

#### **3.2. Tempat dan Waktu**

Tempat penelitian : Rw. 02 kecamatan Bukit Intan kelurahan Semabung Lama kota Pangkalpinang

Waktu pelaksanaan penelitian : November 2014

Waktu penyusunan hasil penelitian : Desember 2014

#### **3.3. Populasi dan Sampel**

##### **3.3.1 Populasi penelitian**

Populasi penelitian : Anak balita yang tinggal di Pangkalpinang kelurahan Semabung Lama Rw. 02

##### **3.3.2 Sampel penelitian**

Sampel penelitian : Seluruh anak balita yang tinggal di Pangkalpinang kelurahan Semabung Lama Rw. 02 yang memenuhi kriteria inklusi

##### **3.3.3 Teknik pengambilan sampel**

Teknik pengambilan sampel penelitian : *non random sampling*

#### **3.4. Perkiraan Besar Sampel**

Data jumlah anak balita diambil dari data ketua Rw. 02 pada tahun 2014 sebanyak 150 anak balita

### **3.5. Kriteria Inklusi dan Eksklusi**

Kriteria Inklusi :

- Anak berusia 12-59 bulan di kelurahan Semabung Lama Rw. 02
- Anak balita yang orang tua/ wali bersedia dilakukan pemeriksaan

Kriteria Eksklusi :

- Anak balita yang orangtua/ wali tidak bersedia dilakukan pemeriksaan

### **3.6. Cara Kerja Penelitian**

Penelitian dilakukan dengan datang dari rumah ke rumah dan akan melibatkan anak balita yang berada di Pangkalpinang kelurahan Semabung Lama Rw. 02 yang telah memenuhi kriteria inklusi dan bersedia untuk ikut dalam penelitian. Pengumpulan data akan dilakukan dengan cara wawancara dan pengukuran :

1. Identitas anak balita (nama, jenis kelamin, tanggal lahir)
2. Identitas keluarga (nama orangtua, jumlah anak, pekerjaan, jumlah pengeluaran/ bulan)
3. Menimbang berat badan anak balita (batita diukur dengan timbangan bayi)
4. Tinggi badan (menggunakan stature meter dengan menggantung setinggi 2 meter dari dasar lantai, kemudian anak melepaskan alas kaki, badan tegak, tumit rapat, pandangan ke depan, dan tarik stature meter sampai kepala anak dengan posisi tegak lurus)
5. Status gizi (BB/U, TB/U, BB/TB) menurut kurva pertumbuhan WHO 2005

### **3.7. Variabel Penelitian**

Variabel penelitian: identitas anak balita, identitas keluarga, status gizi anak balita

### **3.8. Instrumen Penelitian**

Instrumen yang digunakan dalam penelitian adalah alat dan bahan yang dipakai untuk melakukan pemeriksaan status gizi anak balita, antara lain:

1. Standard antropometri yang mengacu pada standard WHO 2005
2. Timbangan berdiri merk kris
3. Timbangan bayi standard RRC RGZ 20 A
4. Microtoise 2M General Care untuk mengukur tinggi badan
5. Stature meter merk butterfly untuk mengukur panjang badan
6. Kuisisioner

### **3.9. Definisi Operasional**

#### **3.9.1. Balita**

- Definisi : Anak dengan umur 1 sampai 5 tahun kurang 1 hari
- Cara ukur : Umur anak saat pengukuran
- Alat ukur : Tanggal lahir
- Hasil ukur : Anak umur 12-59 bulan
- Skala ukur : Data numerik

#### **3.9.2. Umur**

- Definisi : Lama waktu hidup dari sejak dilahirkan dihitung sampai bulan penuh.
- Cara ukur :
  1. Tanggal lahir - Tanggal pengukuran. Contoh: tanggal lahir 21-09-2011 tanggal pengukuran 29-10-2014 = 3 tahun 1 bulan 8 hari jadi  $\rightarrow$  37 bulan
  2. Untuk anak yang lahir premature harus digunakan umur koreksi sampai anak berusia 2 tahun
- Alat ukur : Tanggal lahir
- Hasil ukur : 12 bulan - 59 bulan
- Skala ukur : Data numerik

#### **3.9.3. Panjang badan**

- Definisi : Digunakan untuk mengukur anak umur 12 sampai 24 bulan
- Cara ukur : Balita diukur dengan posisi telentang dengan kaki rapat dan lurus dihitung dari puncak kepala hingga ke ujung tumit.
- Alat ukur : Stature meter merk Butterfly
- Hasil ukur : Satuan Cm
- Skala ukur : Data Numerik

#### **3.9.4. Tinggi badan**

- Definisi : Digunakan untuk anak umur diatas 24 bulan dengan menggunakan stature meter 2M
- Cara ukur : Balita diukur dengan posisi berdiri tegak dan stature meter di gantung setinggi 2 meter kemudian diukur tegak lurus dari kepala
- Alat ukur : Stature meter 2M general care
- Hasil ukur : Satuan Cm
- Skala ukur : Data Numerik

### 3.9.5. Berat badan usia 12-24 bulan

- Definisi : Berat badan dari anak balita yang diukur dengan menggunakan timbangan bayi dengan hasil 1 digit di belakang koma
- Cara ukur : Balita diukur dengan posisi tiduran di timbangan bayi
- Alat ukur : Timbangan bayi standard RRC RGZ 20 A
- Hasil ukur : Dalam satuan Kg 1 digit di belakang koma
- Skala ukur : Data Numerik

### 3.9.6. Berat badan usia 25-59 bulan

- Definisi : Berat badan dari anak balita yang diukur dengan menggunakan timbangan berdiri dengan hasil 1 digit dibelakang koma
- Cara ukur : Balita diukur dengan berdiri tegak diatas timbangan dan melepas alas kaki
- Alat ukur : Timbangan berdiri merk kris
- Hasil ukur : Dalam satuan Kg 1 digit dibelakang koma
- Skala ukur : Data Numerik

### 3.9.4. Status gizi Balita

- Definisi : Ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu.
- Cara ukur :
  1. Tentukan umur, panjang badan (anak di bawah 2 tahun)/ tinggi badan (anak di atas 2 tahun), berat badan.
  2. Tentukan angka yang berada pada garis horisontal / mendatar pada kurva. Garis horisontal pada beberapa kurva pertumbuhan WHO menggambarkan umur dan panjang / tinggi badan.
  3. Tentukan angka yang berada pada garis vertikal/ lurus pada kurva. Garis vertikal pada kurva pertumbuhan WHO menggambarkan panjang/ berat badan, umur, dan IMT.
  4. Hubungkan angka pada garis horizontal dengan angka pada garis vertikal hingga mendapat titik temu (plotted point). Titik temu ini merupakan gambaran perkembangan anak berdasarkan kurva pertumbuhan WHO.
- Alat ukur : *WHO child growth chart standards*

- Hasil ukur :

**Tabel 3.1 Indikator Pertumbuhan**

Z-skor	Indikator pertumbuhan			
	Panjang / tinggi terhadap umur	Berat terhadap umur	Berat terhadap panjang / tinggi	IMT terhadap umur
Di atas 3	Lihat catatan 1	Lihat catatan 2	Obesitas	Obesitas
Di atas 2			Overweight (Gizi Lebih)	Overweight (Gizi Lebih)
Di atas 1			Berisiko Gizi Lebih (Lihat catatan 3)	Berisiko Gizi Lebih (Lihat catatan 3)
0 (median)				
Di bawah -1				
Di bawah -2	Perawakan Pendek (Lihat catatan 4)	Gizi Kurang	Kurus	Kurus
Di bawah -3	Perawakan Sangat Pendek / Kerdil (Lihat catatan 4)	Gizi Buruk (Lihat catatan 5)	Sangat Kurus	Sangat Kurus

Catatan :

1. Anak dalam kelompok ini berperawakan tubuh tinggi. Hal ini tidak masih normal. Singkirkan kelainan hormonal sebagai penyebab perawakan tinggi
2. Anak dalam kelompok ini mungkin memiliki masalah pertumbuhan tapi lebih baik jika diukur menggunakan perbandingan berat badan terhadap panjang / tinggi atau IMT terhadap umur
3. Titik plot yang berada di atas angka 1 menunjukkan berisiko gizi lebih. Jika makin mengarah ke garis Z-skor 2 resiko gizi lebih makin meningkat
4. Mungkin untuk anak dengan perawakan pendek atau sangat pendek memiliki gizi lebih. Hal ini merujuk pada gizi sangat kurang dalam modul pelatihan IMCI

- Skala ukur : Data kategorik

### 3.10 Pengumpulan Data

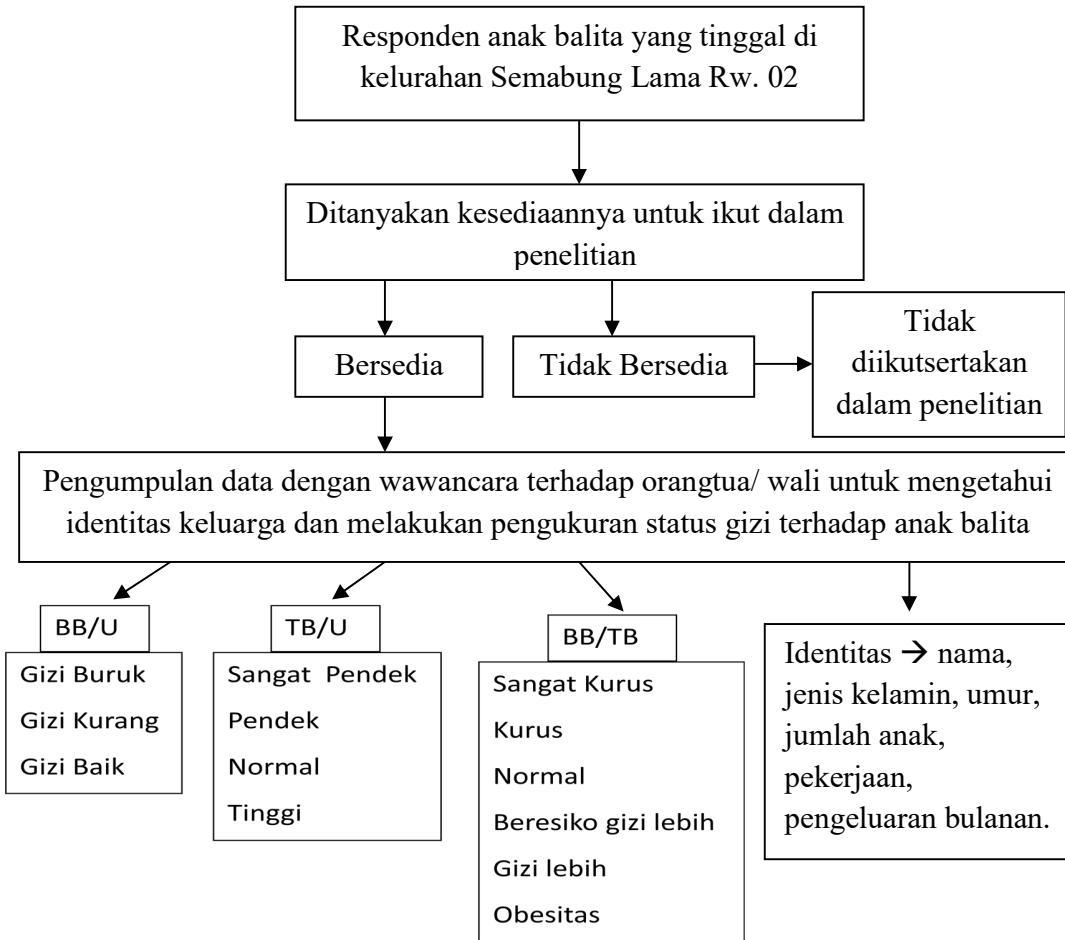
Balita yang tinggal di kelurahan Semabung Lama Rw. 02 yang telah memenuhi kriteria inklusi. Kemudian dilakukan wawancara identitas dan pengukuran status gizi. Dari hasil wawancara dan pengukuran, akan didapatkan:

- Identitas → Nama, umur (dalam penelitian ini peneliti tidak menanyakan prematur sehingga tidak menggunakan umur koreksi), jenis kelamin, jumlah anak orangtua, pekerjaan orang tua, pengeluaran bulanan keluarga
- Pengukuran → Berat badan, tinggi badan, panjang badan

### 3.11 Analisis Data

Pada penelitian ini tidak dilakukan uji statistik, karena penelitian bersifat deskriptif sehingga hanya disajikan secara tekstural dan tabulus.

### 3.12 Alur Penelitian



**Gambar 3.1 Alur penelitian**

## **BAB 4**

### **HASIL PENELITIAN**

Penelitian dilakukan terhadap seluruh anak balita yang ada di Rw.02 kelurahan Semabung Lama kecamatan Bukit Intan kota Pangkalpinang selama bulan November 2014. Pemilihan sampel sebanyak 150 anak balita berdasarkan teknik *non random sampling*.

**Tabel 4.1 Karakteristik anak balita di Rw. 02 kelurahan Semabung Lama kecamatan Bukit Intan kota Pangkalpinang**

Karakteristik	Jumlah	Percentase (%)
<b>Umur</b>		
12-24 bulan	58	38,7
25-59 bulan	92	61,3
<b>Jenis kelamin</b>		
Laki-laki	76	50,7
Perempuan	74	49,3
<b>Anak ke-</b>		
Satu	58	38,7
Dua	56	37,3
Tiga	28	18,7
Empat	8	5,3
<b>Pengeluaran keluarga</b>		
≥ Rp 2.000.000	106	70,7
< Rp 2.000.000	44	29,3
<b>Riwayat penyakit</b>		
Tidak ada	83	55,3
ISPA	45	30
Diare	22	14,7

**Tabel 4.2 Status gizi anak balita di Rw. 02 kelurahan Semabung Lama kecamatan Bukit Intan kota Pangkalpinang berdasarkan usia dan jenis kelamin**

<b>Status gizi Balita</b>	<b>12-24 Bulan</b>	<b>25-59 Bulan</b>	<b>Laki-laki</b>	<b>Perempuan</b>	<b>Jumlah</b>
<b>Normal</b>	30	40	35	35	70
<b>Pendek</b>	8	17	10	15	25
<b>Sangat pendek</b>	0	0	0	0	0
<b>Gizi kurang</b>	9	13	12	10	22
<b>Gizi buruk</b>	0	0	0	0	0
<b>Kurus</b>	4	7	8	3	11
<b>Sangat kurus</b>	0	0	0	0	0
<b>Beresiko gizi lebih</b>	4	11	8	7	15
<b>Gizi lebih</b>	3	4	3	4	7
<b>Obesitas</b>	0	0	0	0	0
					150

## **BAB 5**

### **PEMBAHASAN**

#### **5.1 Temuan Utama**

Dari 150 subyek yang diteliti didapatkan jenis kelamin anak balita yang lebih banyak adalah laki-laki sebesar (50,7%) dibandingkan perempuan (49,3%). Hal ini sesuai dengan jumlah laki-laki lebih banyak dari perempuan di Bangka Belitung.<sup>15</sup> Dalam penelitian ini ditemukan anak balita yang berjenis kelamin laki-laki lebih banyak mengalami status gizi kurang dan kurus dibandingkan dengan perempuan dan sebaliknya jenis kelamin perempuan lebih banyak dalam status gizi lebih. Hal ini kemungkinan dikarenakan aktivitas anak laki-laki lebih tinggi dibandingkan perempuan sehingga bila tidak diimbangi dengan asupan yang sesuai dapat terjadi status gizi kurang dan kurus.<sup>13</sup>

Dari 150 subyek yang diteliti ditemukan status gizi yang perawakan pendek sebesar 16,7%. Hal ini lebih rendah dibandingkan dengan hasil Riskesdas 2010 dimana untuk status gizi yang perawakan pendek di Bangka Belitung sebesar 29%. Hasil Riskesdas juga menunjukkan bahwa status gizi anak balita kurang sebesar 14,9%. Hampir sama dengan hasil penelitian dimana status gizi kurang didapatkan 14,7%. Sementara untuk anak balita dengan status gizi kurus sebesar 7,3% sesuai dengan Riskesdas sebesar 7,6%.<sup>3</sup> Pada penelitian Survei Nutrisi Asia Tenggara (SEANUTS) yang dilakukan oleh Schaafsma dkk pada tahun 2010 di Indonesia, Malaysia, Thailand, dan Vietnam kurang gizi dan gizi lebih menjadi masalah di Indonesia dan Vietnam.<sup>14</sup>

Hasil penelitian ini juga mendapatkan umur anak balita 25-59 lebih banyak mengalami status gizi kurang, perawakan pendek, kurus. Hal ini disebabkan karena pada umumnya anak sudah mulai disapih, sedangkan makanan tambahan yang diberikan sering kurang bergizi. Selain itu pada masa ini anak sering kali sulit makan, karena anak sudah tahu rasa/ mempunyai selera sendiri terhadap makanan tertentu, sering bosan terhadap makanan yang diberikan, anak banyak bermain, atau karena faktor kejiwaan misalnya makan terlalu dipaksa.<sup>13</sup> Menurut penelitian yang dilakukan Dewi Novitasari pada tahun 2012 di RSUP Dr. Kariadi Semarang, faktor risiko gizi buruk antara lain status sosial ekonomi,

pendidikan ibu, penyakit penyerta, BBLR, dan kelengkapan imunisasi.<sup>16</sup> Menurut penelitian Abdul Goni pada tahun 2011 di Bangladesh mengungkapkan bahwa status ekonomi rumah tangga, pendidikan ibu, pendidikan ayah, kunjungan antenatal ibu, usia ibu saat melahirkan dan BMI ibu adalah faktor yang paling signifikan / penentu kekurangan gizi anak.<sup>17</sup>

Dalam penelitian ini didapatkan jumlah anak balita yang beresiko gizi lebih sebanyak 10% dan yang bergizi lebih sebanyak 4,7%. Berdasarkan Riskesdas tahun 2010 status gizi lebih di Indonesia mencapai 14% yang meningkat dari 12,2% di tahun 2007. Hal ini menunjukan bahwa gizi lebih merupakan masalah lain yang perlu diperhatikan selain gizi kurang, perawakan pendek, dan kurus.<sup>3</sup> Menurut penelitian Suciaty Anggraini pada tahun 2008 tentang faktor obesitas pada anak taman kanak-kanak di kota Bogor adalah IMT ayah, lama menonton TV, kurangnya waktu bermain di luar rumah, konsumsi kalori dan konsumsi lemak.<sup>18</sup>

## 5.2 Keterbatasan Penelitian

5.2.1 Confounding bias: terjadi karena ada faktor-faktor lain yang tidak diteliti, seperti: pemeriksaan klinis, analisis asupan, pemeriksaan laboratorium.

## **BAB 6**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **6.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada 150 anak balita di RW 02 kelurahan Semabung Lama kecamatan Bukit Intan kota Pangkalpinang dapat disimpulkan bahwa:

- Jumlah anak balita yang status gizi normal adalah 70 orang (52%)
- Jumlah anak balita yang perawakan pendek adalah 25 orang (16,7%)
- Jumlah anak balita yang perawakan sangat pendek adalah 0 orang
- Jumlah anak balita yang gizi kurang adalah 22 orang (14,7%)
- Jumlah anak balita yang gizi buruk adalah 0 orang
- Jumlah anak balita yang kurus adalah 11 orang (7,3%)
- Jumlah anak balita yang sangat kurus adalah 0 orang
- Jumlah anak balita yang beresiko gizi lebih adalah 15 orang (10%)
- Jumlah anak balita yang gizi lebih adalah 7 orang (4,7%)
- Jumlah anak balita yang obesitas adalah 0 orang

#### **6.2 Saran**

Dilihat dari hasil penelitian, terdapat beberapa hal yang dapat peneliti sarankan, yaitu:

- Walaupun didapatkan status gizi normal terbanyak, tapi untuk status gizi yang tidak normal perlu di perhatikan juga
- Sebaiknya rutin melakukan pemeriksaan status gizi subyek
- Memperhatikan aktifitas dan makanan subyek harus bergizi
- Melakukan penelitian selanjutnya oleh peneliti berikutnya untuk mengembangkan hasil dari penelitian ini dengan meninjau pemeriksaan klinis, asupan makanan, dan laboratorium dalam menentukan status gizi anak balita

## DAFTAR PUSTAKA

1. Dedi M, Riyadi M. Menurunkan Angka Kematian Anak. 2011. Available from: <http://indonesiamdgs.org/articles/view/mdg-4-menurunkan-angka-kematian-anak-1>
2. UNICEF. Jumlah anak-anak Indonesia yang menderita kekurangan gizi. 2012. Available from: [http://www.unicef.org/indonesia/id/media\\_18720.html](http://www.unicef.org/indonesia/id/media_18720.html)
3. Budihardja. Buku rencana aksi pembinaan gizi masyarakat 2010-2014. Indonesia:Kementerian Kesehatan Republik Indonesia;2010. p.20-21.
4. Nurhadi S. Faktor yang menyebabkan terjadinya gizi buruk. 2010. Available from: <http://www.infogizi.com/91/faktor-yang-menyebabkan-terjadinya-gizi-buruk.html>
5. Millenium challenge account. Perkembangan masalah gizi dan penguatan pelayanan gizi dalam pencegahan stunting di indonesia.jakarta: Direktur Bina Gizi Ditjen Bina Gizi dan KIA Kementerian Kesehatan RI;2013.
6. Institute of Medicine of the National Academies. Food and Nutrition Board: Dietary reference intake for energy, carbohidrat, fiber, fat, fatty acid, cholesterol, protein, and amino acids. Washington DC;2005. p.107-264.
7. Kathleen ML, Escott-stump S, Raymond JL. Krause's Food and the Nutrition Care Process. 13<sup>th</sup> ed. USA: Elsevier; 2012. p.129-131.
8. Rismayanthi C. Status gizi. 2012. Available from: <http://staff.uny.ac.id/sites/default/files/pendidikan/Cerika%20Rismayanthi,%20S.Or./STATUS%20GIZI%281%29.pdf>
9. America Academy of Pediatrics (AAP). Section on Breastfeeding:breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics; 2009. p.379-382.
10. Divisi buku perguruan tinggi. Gizi dan kesehatan masyarakat. 8<sup>th</sup> ed. Jakarta: PT raja grafindo persada; 2013. p.94-96.
11. Depkes .buku saku antropometri. 2010 Available from:<http://gizi.depkes.go.id/wp-content/uploads/2012/07/buku-sk-antropometri-2010.pdf>
12. IDAI. Kurva pertumbuhan WHO. 2013. Available from: <http://idai.or.id/professional-resources/growth-chart/kurva-pertumbuhan-who.html>
13. Moersintowarti BN, Titi SS, Soetjingsih, Hariyono S, Gde R, Sambas W. Tumbuh kembang anak dan remaja. 1<sup>st</sup> ed. Jakarta: Sagung seto; 2002. p 86-94.
14. Schaafsma A, Deurenberg P, Calame W, van den Heuvel EG, van Beusekom C, Hautvast J et al. New Study Highlights Changing Diets and Lifestyles in Southeast Asia. 2012. available from: <http://foodindustry.asia/new-study-highlights-changing-diets-and-lifestyles-in-southeast-asia>
15. Provinsi Kepulauan Bangka Belitung. Kependudukan. 2014. Available from: <http://www.portalbabelprov.go.id/content/kependudukan>

16. Faktor-faktor resiko kejadian gizi buruk pada balita yang di rawat di RSUP Dr. Kariadi Semarang. 2012. Available from: <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=73764&val=4695>
17. Siddiqi NA, Haque N, Goni A. Malnutrition of under five children: evidence from Bangladesh. 2011. Available from: <http://www.nepjol.info/index.php/AJMS/article/view/3662>
18. Anggraini S. faktor resiko obesitas pada anak taman kanak-kanak di kota Bogor. 2008. Available from: <http://repository.ipb.ac.id/bitstream/handle/123456789/2828/A08san2.pdf;jsessionid=C8ABBEC117E2DD27CC8F9AE77D784CBB?sequence=5>